

۲- برگشت بیماری نروز پس از درمان آن تا آن اندازه قابل پیش گیری است که رضایت اورگاسم در عمل جنسی برقرار شده باشد. سخنرانی من با موفقیت روبرو شد و مورد پسند و تمجید مستمعین قرار گرفت. روانکاو مشهور آبراهام موفقیت مرا در تنظیم عوامل اکونومی جنسی در نروز تبریک گفت.

برای برقراری توانائی اورگاسم در بیماران فقط رهائی هیجان تناسلی از موانع و عوامل بازدارنده آن کافی نبود. انرژی جنسی آمیخته با تظاهرات بیماری بود. بنابراین از بین بردن هر نشانه بیماری، رهائی مقداری از انرژی روانی را به همراه دارد. در آن موقع انرژی روانی و انرژی جنسی دو برداشت جداگانه تصور می شد. نیروی آزاد شده جنسی به خودی خود به سیستم تناسلی منتقل گشته و توانائی جنسی بهبود می یابد. بیمار شجاعت برقراری رابطه و نزدیک شدن به شخص مورد علاقه را به دست می آورد و گوشه گیری را کنار می گذارد و یا از عشق ورزی و همخوابگی لذت و رضایت بیشتری می برد. معهذاً فقط در تعداد معدودی این انرژی رها شده به برقراری عمل اورگاسم می انجامید. ملاحظات دقیق به این نتیجه منتهی میشد که ظاهراً یک مقدار ناکافی از انرژی با بهبودی علائم نروز آزاد میشود. هرچند این علائم بهبودی یافته بودند و قابلیت کار و فعالیت بیمار فزونی یافته بود ولی در واقع نیروی جنسی شخص هنوز مسدود مانده بود به این ترتیب این سؤال مطرح میشد که این انرژی جنسی غیر از علائم نروز در چه جای دیگری مسدود مانده است؟ این پرسش هرچند در چهارچوب روانکاوی سنتی بود ولی هدف آن در مورد درمان بیماری به نقطه جدائی روش درمانی من از روانکاوی معمول تبدیل شد. ابتدا جوابی برای این سئوالات نداشتم. مسائل بالینی و درمانی تنها با اندیشیدن حل نمی شوند، بلکه باید در فرایند عمل و در جهت فائق شدن به مشکلات حل گردند. این در هرگونه کار علمی نیز صادق است. تنظیم صحیح مسائل علمی مرتباً مسائل تازه ای را مطرح میکنند که دست آخر در یک تصور واحدی از کل مسئله شکل میگیرد.

طبق تئوری روانکاوی نروز، انرژی لازم برای تأمین توانائی اورگاسم باید در ناحیه های شهوانی غیرتناسلی (Non-genital) و فانتزی ها و کارهای ماقبل تناسلی مستتر باشد. اگر مقدار زیادی از انرژی متمرکز بر مکیدن، گاز گرفتن، اشتیاق به مهر و محبت و عادت‌های آنال (مقعدی) و غیره اختصاص یافته باشد، توانائی تناسلی نیز تقلیل خواهد یافت. مطالب ذکر شده این اعتقاد را قوت بخشید که خواستهای جنسی به تنهایی و مستقل از یکدیگر عمل نمی کنند بلکه واحدی را تشکیل می دهند شبیه به مایعی در درون لوله های مرتبط، انرژی جنسی فقط می توانند از یک کیفیت واحد باشد که در صدد کامرانی در ناحیه های مختلف شهوتزا و وابسته به ایده های مختلف است. این نظر با نظریه های متداول آن زمان مغایر بود. در آن زمان فرنزی (Frenzi)* تئوری تناسلی خود را منتشر کرد. مطابق تئوری او هیجان‌ات تناسلی از تحریکات ماقبل تناسلی، (اورال و آنال) و احساسات خشم آلود متشکل می گردید. مشاهدات بالینی من درست برعکس این نظر بود و گویای این بود که هرگونه اختلاط هیجان‌ات غیرتناسلی در عمل مقاربت یا استمناء باعث تضعیف توانائی اورگاسم می گردد. زنی که بطور ناخودآگاه فرج (واژن) خود را مقعد می انگارد، احتمالاً از رها کردن باد در هنگام هیجان جنسی و مضحکه کردن خود هراسناک است. یک چنین احساسی می تواند تأثیر فلج کننده در زندگی او داشته باشد. مردی که آلت تناسلی خود را به صورت تیغی برتنده می انگارد و یا آنرا دالّ بر اثبات توانائی مردانگی خود میدانند، در هنگام عشق ورزیدن قادر به تسلیم خود نخواهد بود. هلن دویس (Helen Deutsch) کتابی را در مورد سکسوالیته در زنان انتشار داد و در آن ادعا نمود که برای زنان تجلی اوج رضایت جنسی در عمل زایمان و تولید مثل است. مطابق برداشت او هیچگونه تهییج اولیه واژنی وجود ندارد. به نظر او تهییج واژنی

* فرنزی: رجوع شود به پاروقی صفحه ۶۱

ناشی از هیجانان دهانی و مقعدی است که به رحم منتقل میشوند. درست همزمان با انتشار این کتاب، روانکاو اتو رانک (Otto Rank) کتاب «صدمه زایمان» را منتشر کرد و در آن عمل مقاربت جنسی را مترادف با «برگشت به رحم دانست». من با این دوروانکاو روابط خوبی داشتم ولی شکافی وسیع بین تجربیات من و نظرات آنان وجود داشت.

اندک اندک روشن گردید که سعی در تفسیر روانی عمل مقاربت و سعی در پیدا کردن مفهومی روانی و سمبولیک برای عمل مقاربت جنسی از بیخ و بن غلط است. بلکه برعکس، هرگونه ایده روانی در حین عمل مقاربت فقط میتواند از غرق شدن شخص در هیجان بکاهد. و علاوه بر آن تفسیر های مختلف روانی از مقاربت مستلزم انکار ریشه بیولوژیکی آن می باشد. نسبت دادن مقاربت تناسلی به تجمع هیجانان غیرتناسلی به مثابه انکار وجود آن است. در تشریح عمل اورگاسم تفاوت بین مرحله ماقبل تناسلی و مرحله تناسلی را دریافتم. فقط دستگاه تناسلی است که شخص را قادر به رسیدن به اورگاسم نموده و باعث رها کردن کامل انرژی بیولوژیکی میگردد. حالت ماقبل تناسلی فقط میتواند تنش وجیتیتو (گیاهی) را زیاد کند. از اینجا می توان به علت انشعابات عمیقی که در این مقطع زمانی در تئوری غرائز روانکاوای پیش آمد پی برد. کار برد درمانی که از این دو تئوری متضاد نتیجه گیری میشد با یکدیگر مغایر بود. اگر تحریکات تناسلی چیزی جز اختلاط و جمع تحریکات ماقبل تناسلی نبود، پس درمان نیز بایستی درجهت جریان دادن این تحریکات (هیجانان اورال و آنال) به سوی ناحیه تناسلی میشد. از طرف دیگر اگر نظر من صحت داشت تحریکات تناسلی بایستی از تحریکات ماقبل تناسلی (اورال و آنال) پاک و آزاد می گشت و به عبارت دیگر از تحریکات ماقبل تناسلی تقطیر می شد. در نوشته ها و راهنمایی های فروید هیچ پیشنهادی در جواب این مسئله یافت نمی شد.

فروید گفته بود که تکامل پیشرفت انرژی لیبیدو در اطفال از مرحله دهانی

(اورال) شروع شده به مرحله مقعدی (آنال) و سپس به مرحله تناسلی (فالیک) ختم میگردد. او مرحله تناسلی (فالیک) را برای هر دو جنس مذکر و مؤنث همانند قلمداد کرده بود. طبق نظریه او حالت شهوانی تناسلی دختر در ناحیه کلیتوریس آلت تناسلی و حالت شهوانی پسر در ناحیه ذکر متمرکز می گشت. فروید می گفت که فقط بعد از مرحله بلوغ است که کلیه هیجانان جنسی تابع هیجان تناسلی شده و همزمان با آن آماده انجام عمل تولید مثل میگردد. این نظریه عقیده کهنه مطابقت احساسات جنسی تناسلی و تولید مثل را حفظ می نمود. مقاربت فقط بعنوان وسیله ای برای تولید مثل تلقی می شد. در ابتدا من متوجه این موضوع نبودم. چند سال بعد یکی از روانکاوان در برلین این موضوع را به من گوشزد نمود. در آن موقع من هنوز عضو مجمع بین المللی روانکاوان بودم، زیرا در توجیه تئوری های جدید تناسلی به سخنان و نوشته های فروید استناد می کردم. ولی چنین طرز برخوردی حق تئوریهای جدید مرا اداء نمی کرد و از طرف دیگر استقلال دستیاران مرا از مجمع روانکاوان مشکل تر می نمود.

امروز چنین برخوردهائی غیر ممکن می نماید. امروز که به گذشته می نگرم از اینکه روانکاوان چگونه و با چه کیفیتی در مورد این مسائل بحث می کردند و از تعصبی که روانکاوان دربارهٔ مثلاً وجود یا عدم وجود عملکرد اولیه تناسلی به خرج می دادند حیرت می کنم. هیچ کس به ساده لوحی علمی که باعث این گونه برخوردهائی می گشت آگاهی نداشت. توسعه هرچه بیشتر تئوری تناسلی این علتها را کاملاً برملا ساخت.

۲- تفسیر حالت اضطراب از طریق اقتصاد (اگونومی) جنسی

از سال ۱۹۲۲ به بعد اختلاف نظرهای عمیق در تئوریهای روانکاوی دربارهٔ پدیدهٔ اضطراب به وجود آمد. فرضیه نخست که فروید ارائه کرده بود چنین بود: اگر تخلیه (دشارژ) هیجانان جنسی مسدود شود این هیجانان به اضطراب تبدیل

می‌گردند. دربارهٔ چگونگی این تبدیل چیزی گفته نشده بود. از آنجائیکه من مرتباً با مسئلهٔ آزاد کردن انرژی جنسی از لنگرگاههای بیمارگون آن روبرو بودم لازم بود این مسئله را توجیه نمایم. از بین بردن اضطراب نیاز به تبدیل مجدد آن به هیجان جنسی داشت و برای این کار لازم بود نخست چگونگی تبدیل اولیه هیجان جنسی به اضطراب را روشن نمایم.

در سال ۱۹۲۴ دو زن بیمار را که مبتلا به نروز قلبی (Cardiac Neurosis)* بودند معالجه می‌کردم. با ظهور هیجان جنسی، اضطراب قلبی تقلیل یافت. در یکی از این دو بیمار توانستم در حین مدت چند هفته تناوب بین اضطراب و هیجان تناسلی را مشاهده کنم. هرگونه جلوگیری از هیجان واژن بلافاصله اضطراب قلبی را به صورت احساس فشار بر قفسهٔ سینه و ناحیهٔ قلبی ظاهر می‌کرد. این پدیده تأییدی بر برداشتهای نخستین فروید بود که رابطهٔ بین لیبیدو و اضطراب را نشان می‌داد. همچنین این مشاهده گویای مطالب بیشتری نیز بود. حال من قادر بودم که تمرکز احساس اضطراب را که در ناحیهٔ قلب و دیافراگم بود معین نمایم. بیمار دوم علاوه بر علائم نروز قلبی که شبیه به بیمار اول بود «کمپیر» هم داشت. اگر بیمار از تن دردادن به احساس هیجان واژنی سرباز میزد اضطراب قلبی و یا لکه‌های بزرگ با احساس خارش شدید در نقاط مختلف پوست ظاهر می‌شد. نتیجتاً به روشنی معلوم بود که هیجان جنسی و اضطراب با عمل سلسله عصبی نباتی مربوط است.

از اینرو من در تئوری فروید به این صورت تجدیدنظر کردم: تبدیل احساس جنسی وجود ندارد، بلکه احساس تغییر موضع میدهد. احساسات جنسی وقتی در

* نروز قلبی (Cardiac Neurosis) حالتی است که نروز با علائم قلبی نمایان میشود. در این حالت قلب از نظر جسمی سالم است ولی بیمار از علائمی مانند طپش قلب و دردهای نامشخص در ناحیهٔ قلب رنج می‌برد.

اندامهای تناسلی ظاهر شوند لذت و سرور ایجاد می کنند و هنگامی که مسدود شوند ممکن است در موضع دیگری از بدن به شکل اضطراب بروز نمایند که در این حالت احساسی کاملاً برعکس احساس لذت ایجاد خواهند کرد. این ایده بعدها نوید موفقیت های بسیاری را همراه داشت. تکامل این ایده قدم به قدم مرا به نظریات فعلی ام هدایت نمود که سکسوالیته و اضطراب دو تظاهر متضادالجهت هیجانان نباتی (وجیتیتیو) هستند. حدود ده سال دیگر برای روشن کردن ماهیت بیو الکتریکی این احساسات و تهییجات صرف وقت شد.

فروید از سیستم عصبی نباتی در رابطه با تئوری اضطراب چیزی نگفته بود. من هیچ شکی نداشتم که او این نظریه را متمم و مکمل تئوری خود خواهد دانست و آنرا خواهد پذیرفت. ممهنا هنگامیکه نظریه خودم را در اواخر سال ۱۹۲۶ در جلسه ای که در منزل او برگزار شد ارائه کردم او رابطه بین اضطراب و سیستم عصبی نباتی را مردود دانست. من هرگز علت آنرا نفهمیدم.

ادامه تجربیات هرچه بیشتر این موضوع را روشن میکرد که افزون شدن بار سیستم اعصاب نباتی از یک سو، و رها نشدن احساسات جنسی از سوی دیگر، هسته مرکزی مکانیزم اضطراب و نتیجتاً نروز را تشکیل می دهد. هر نمونه از درمان بیماران جدید نوید صحت این تئوری بود. این موضع که وقتی سیستم نباتی بیش از اندازه تهییج گردد همواره اضطراب نمایان می شود، هرچه بیشتر تأیید می شد. اضطراب قلبی در شرایط گوناگون از قبیل درد ماهیچه های قلب، آسم و برونشیت، مسمومیت ناشی از نیکوتین و ازدیاد کارکرد غده تیروئید (گواتر) دیده می شود. بنابراین هنگامیکه سیستم قلب متأثر از هیجانان غیر طبیعی گردد اضطراب قلبی نیز به موازات آن ظاهر می شود. بطور خلاصه می توان گفت که اضطراب ناشی از رکود و مسدود شدن انرژی جنسی به وضوح با مسئله کلی اضطراب مرتبط است. در این حالت هیجانان جنسی مسدود شده سیستم قلب را «سنگین بار» می کنند، همچنان که نیکوتین و یا سموم دیگر چنین

حالتی را به وجود می آورند. سؤال درباره ماهیت تهییج هنوز بی جواب مانده بود. در این مورد هنوز درکی در مورد رابطه عمل متضاد سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک نداشتیم.

از جهت احتیاجات کلینیکی خودم، مفهوم اضطراب را از ترس جدا نمودم: «شخص می ترسد که کتک بخورد، تنبیه شود یا اخته شود». این ترس با اضطراب فرق دارد. هنگامیکه شخص با خطری واقعی و حقیقی مواجه می گردد ترس به وجود می آید. ولی سهار کردن هیجانان بدنی که منجر به «سنگین بار» شدن عصبی نباتی میشود به دلهره و اضطراب می انجامد. بیمارانی بودند که بدون اینکه احساس اضطراب نمایند احساس اخته بودن می کردند. و همچنین بیماران دیگری نیز بودند که اضطراب و دلهره داشتند بدون اینکه علت آنرا بدانند. مثل بیمارانی که از نظر جنسی خوددار و مسک بودند. بنابراین لازم بود که اضطرابی را که نتیجه رکود هیجان بود از اضطرابی که باعث رکود جنسی می گشت جدا نمایم.

اضطراب اولیه نمایانگر نروز به علت رکود و اضطراب ثانوی «پسیکونروز» نامیده میشد ولی هر دو نوع اضطراب همزمان با یکدیگر در کار بودند. ابتدا ترس از مجازات یا ترس از طرد اجتماعی باعث مسدود شدن و در نتیجه انباشته شدن احساسات جنسی می گشت. این هیجانان از ناحیه تناسلی به ناحیه قلب منتقل و انباشته شده و به صورت اضطراب نمایان میگشت. فقط مقدار اندکی از اضطراب مسدود شده میتواند باعث دلهره گردد. حتی تصور حالتی خطرناک قادر به تولید این حالت اضطراب و دلهره است. در چنین حالتی تصور موقعیتی خطرناک، انتظار روبرویی با آن را عملاً به وجود می آورد. این پدیده کاملاً مطابق با برداشت قبلی است مبنی بر اینکه شدت یک ایده روانی چه با ماهیت لذت و چه با ماهیت اضطراب، به شدت مقدار تحریک و تهییجی بستگی دارد که در آن مقطع زمانی در بدن شخص در کار است.

در پائیز سال ۱۹۲۶ فروید کتاب (Hemmung, symptom und angst)* را منتشر کرد. او در این کتاب بسیاری از قاعده بندی های اولیه مسئله اضطراب را پس گرفته بود. در این کتاب فروید اضطراب را به عنوان اختطاری از ایگو قلمداد کرده بود. اضطراب اختطار آماده باشی قلمداد شده بود که «ایگو» در هنگام مقابله با خطر سرکشی و شورش غرایز ممنوعه از درون و یا مخاطرات واقعی از برون، از خود بروز میدهد. فروید می گفت که افتراق اضطراب بیمارگون و اضطراب واقعی ممکن نیست. او این عدم افتراق را مایه تأسف بسیار میدانست. ولی فروید این نتیجه گیری را از برداشتهای نامدلل نمود. اضطراب دیگر نتیجه واپس زدن خواهشهای جنسی تلقی نمی شد بلکه به علت سرکشی غرائز منظور میشود. این سؤال که اضطراب از چه عامل اولیه ای متشکل گشته و رشد می کند دیگر مهم نبود. رابطه بین انرژی لیبیدو و تبدیل آن به اضطراب دیگر اهمیت خود را از دست داد. فروید نتوانسته بود غور آنرا ببیند که اضطراب پدیده ای بیولوژیکی است و نمی تواند بدون تکوین در عمق بیولوژیکی انسان در ایگو ظاهر شود.

این ضربه ای شدید به نظریات و تحقیقات من در زمینه اضطراب بود. من بتازگی موفق شده بودم که قدمی بزرگ به سوی جدا کردن اضطرابی که باعث واپس زدن امیال است و اضطرابی که نتیجه امیال واپس زده است بردارم. از این بیعد ارائه نظرات من مبنی بر اینکه اضطراب نتیجه رکود و انسداد جنسی است، بعلت قاعده بندی جدید فروید مشکل تر می گشت زیرا فروید بی شبهه دارای اعتباری نافذ بود. داشتن عقیده ای متفاوت با عقیده او خصوصاً در مسائلی که اهمیت اساسی داشت کار آسانی نبود. از اینرو در کتابم که درمورد عملکرداورگاسم تقریر کرده بودم با نوشتن پاورقی با احترام و با توضیح تفاوت موضع خود از کنار این تضاد بدون برخورد با آن گذشتم. در آنجا اشاره کردم که متخصصین بطور کلی متفق القولند که اضطراب در نروز باعث واپس زدن تمایلات

* خودداری، علانم و اضطراب (Inhibition, Symptoms and Anxiety)

جنسی می‌گردد و همزمان با آن به اعتقاد خود نیز مبنی بر اینکه اضطراب نتیجه انسداد ورکود جنسی است پایدار ماندم. ولی اکنون فروید عقیده مرا نفی می‌کرد. این اختلاف به سرعت عمیق تر شد. من در صحت نظر خودم راسختر می‌شدم. من مطمئن بودم که روانکاوانی که تاب تحمل و درک ریشه های جنسی بیماری را نداشتند از این عقیده فروید که اشتباهی بیش نبود استفاده کرده و آنرا به صورتی بی تناسب بسط خواهند داد. متأسفانه در این برآورد، محق بودم. پس از انتشار کتاب (Hummmny Sympton und Angst) تئوری دیگری در روانکاوی درمورد اضطراب که مطابق مشاهدات بالینی جوابگوی احتیاجات بالینی باشد ارائه نشده بود. همچنین به این موضوع که نظریات من بسط و گسترش منطقی نظریات نخستین فروید درباره اضطراب است اعتقادی راسخ داشتم. با اعتقاد به صحت کارم در بسط و توسعه تئوری اولیه فروید در مورد اضطراب ادامه دادم. این مایه خوشنودی من بود که هرچه بیشتر به منبع فیزیولوژیکی اضطراب نزدیک می‌شدم ولی به موازات آن نیز تضاد بین عقاید من و عقاید فروید عمیق تر و تندتر می‌گشت.

درمان بیماران و کار کلینیکی بطور وضوح گویای اهمیت تبدیل اضطراب ایستا (Stasis Anxiety)* به احساسات جنسی تناسلی بود درموردی که موفق به تبدیل اضطراب به هیجان تناسلی می‌گشتم، نتایج خوب و بادوام حاصل میشد. معضدا من اوائل در تبدیل اضطراب قلبی و برگشت آن به احساس جنسی تناسلی موفق نبودم. بنابراین سؤال بعدی این بود: وقتی احساسات جنسی تناسلی مسدود می‌گردد چه چیزی میتواند از نمایان شدن هیجان بیولوژیکی به صورت اضطراب قلبی پیش گیری کند؟ چرا اضطراب ایستا در همه موارد پسیکو نروز ظاهر نمی‌شود؟ برای یافتن پاسخ به این سئوالات قواعد اولیه روانکاوی مرا یاری کردند.

* اضطراب ایستا (Stasis Anxiety): اضطرابی که بیمار آنرا همواره در خود احساس می‌کند.

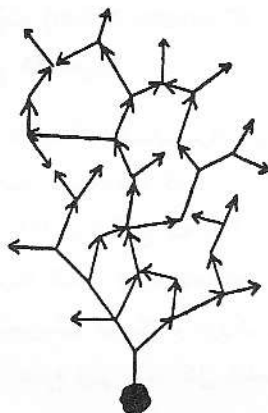
فریود نشان داده بود که اضطراب در نروز، خود را به ایده‌های دیگری متصل می‌کند. بیمار می‌تواند از اضطراب بگریزد اگر مثلاً علائم وسواسی بهم زند.* (اضطراب به ایده ای متصل می‌گردد.) اگر از رفتارهای وسواسی ممانعت شود، اضطراب نمایان خواهد شد. ولی در بسیاری از موارد ممانعت از اعمال اضطرابی و یا افکار وسواسی عملی نبود. در موارد وسواسهای مزمن و طولانی و افسردگیهای مزمن حالت و ایده‌های وسواسی را نمیشد مختل نمود. آنها به نحوی در دسترس نبودند. من خصوصاً با شخصیت‌های وسواسی و اضطرابی که احساسات آنان مسدود شده بود دشواریهای زیادی داشتم. آنها بدون نشان دادن هیچگونه احساس قادر به تداعی معانی و تسلسل افکار بودند. همه جدّ و جهد من مثل اینکه به سنگ خارا برخورد کند بی نتیجه می‌ماند. آنان در برابر تدابیر من مسلح و پوشیده از زره بودند. در کتب و مطبوعات روانکاوی هیچگونه روشی برای نفوذ به ورای این زره تشریح نشده بود. در اینجا کل شخصیت (کاراکتر) بیمار در مجموع مقاومت می‌نمود. اینان خود را در پشت دیواری دست‌نایافتنی و یا داخل زرهی غیر قابل نفوذ پنهان می‌کردند و تدابیر روانکاوی من نمی‌توانست به پشت دیوار یا داخل زره راه یابد. من در آستانه تجزیه و تحلیل شخصیت (کاراکتر) بودم. ظاهراً این زره شخصیت (Character Armor) همه انرژی را در خود ادغام می‌نمود و این امر بسیاری از روانکاوان را به عدم وجود اضطراب ایستا معتقد کرده بود.

* مثلاً ممکن است وسواسی در بیمار بوجود آید که مبدا دزدی وارد خانه شود و برای اینکار چندین بار در را امتحان کند تا مطمئن شود که در بسته است. اگر از این کار ممانعت شود بیمار دائماً در اضطراب خواهد بود.

۳- پوشش زرهی شخصیت (Character Armor) و لایه های مکانیزم دفاعی:

تئوری پوشش شخصیت نتیجه کوششهایم برای از بین بردن تدریجی و قدم به قدم مقاومت بیمار در فرایند درمان بود که در ابتدا به صورت آزمایش شروع شد. بین سالهای ۱۹۲۲ و ۱۹۲۷، زمانی که نقش درمانی احساسات جنسی تناسلی شناخته شد تا هنگامیکه کتاب "Funktion des Orgasmus" در ۱۹۲۷ منتشر شد، من موارد بیشماری از تجربیات کوچک و بزرگ را جمع آوری کردم که در مجموع همه آنها نمایانگر موضوع زیر بود: کل شخصیت بیمار علت دشواری درمان است. پوشش زرهی شخصیت در فرایند روان درمانی «مقاومت شخصیت» نامیده میشود. در اینجا میخواهم موارد اصلی تحقیقات اولیه را توضیح دهم. این توضیح خواننده را قادر خواهد ساخت که تئوری اقتصاد جنسی شخصیت را به سادگی بیشتری درک نماید تا که خواندن مقالات سیستماتیک شبیه به آنچه در کتاب تحلیل شخصیت (کاراکتر آنالیز) ارائه کرده ام. در آن کتاب تئوری کاوش و تحلیل شخصیت، بحث و توسعه ای از تئوری نروز فروید است. معیناً تئوری فروید و تئوری تحلیل شخصیت بزودی در تضاد با یکدیگر قرار گرفتند. تئوری من در جریان اثبات نادرستی برداشت های مکانیکی روانکاوی بسط و توسعه یافت. وظیفه روانکاوی کشف و از بین بردن مقاومت بیمار بود. قرار بر این بود که مطالب ناخودآگاه مستقیماً تعبیر شوند. بنابراین روانکاو میباید از «ایگو»ی اخلاق گرا و نهی احساسات و امیال ناخودآگاه توسط ایگو شروع بکار میکرد.* مشکل این است که بانفوذ در یک لایه مقاومت ایگو، مطالب ناخودآگاه پدیدار نمی شوند.

* یعنی اینکه روانکاو در ابتدا با نفس اخلاق گرای بیمار که هنوز به روانکاو مشکوک است باید شروع به روانکاوی کند و از آنجا اندک اندک به ناخودآگاه او نفوذ نماید.



ساختار پوشش زرهی شخصیت که در نتیجه عمل و عکس العمل نیروهای مختلف بر یکدیگر بوجود میآید.

واقعیت این است که رابطه امیال غریزی و مکانیسم های دفاعی ایگو که بر ضد این امیال افراشته شده، مخلوط و درهم بافته و بهم تافته است و کل ساختار روانی شخص را در بر میگیرد.

در اینجا مشکلی نهفته است. تئوریهای طرح شده توسط فروید در مورد روابط بین ناخودآگاه و آستانه خودآگاه* (Preconscious) و خودآگاه و طرح های

* آستانه خودآگاه (Preconscious) تئوری توپوگرافیک (Topographic) روانکاوی، ساختار روانی انسان را به سه بخش خودآگاه، ناخودآگاه و آستانه خودآگاه تقسیم کرده است. این بخش «آستانه خودآگاه»، ناحیه ای از روان را تشکیل میدهد که تقریباً مرز بین خودآگاه و ناخودآگاه است. افکار و خاطره هائی که در این بخش قرار دارند هر چند که در آگاهی شخص نیستند ولی به آسانی می توانند در دسترس خودآگاه قرار گیرند. مثلاً میتوان با تمرکز فکر و سعی آگاهانه برای یادآوری آنها، آنان را به آگاهی درآورد. در حالیکه خاطرات و افکاری که در ناخودآگاه مدفون هستند به علل مکانیسم های روانی قابل یادآوری از طریق تمرکز و سعی شخصی نیستند.

نظری او در مورد اید و ایگو و سوپر ایگو با یکدیگر مطابقت نمی کردند و در واقع ناقض یکدیگر نیز بودند. ناخودآگاه فروید با «اید» مطابق و همسان نبود. «اید» مفاهیم بیشتری را داراست. ناخودآگاه نه تنها متشکل از خواستههای «اید» است بلکه مفاهیم بیشتری را در بر میگیرد. ناخودآگاه متشکل از خواستههای واپس زده و عواملی از سوپر ایگو است. از آنجائی که ریشه های سوپر ایگو در خواهشها و آرزوهای کودکی در رابطه به والدین قرار دارد، نتیجتاً منعکس کننده خصوصیات قدیمی این رابطه است. «سوپر ایگو» خود با غرائز قدرتمندی عجین است و ماهیتی غضبناک و ویران کننده دارد. «ایگو» همسان و مطابق خودآگاه نمی باشد. مکانیسمهای دفاعی ایگو در مقابل غرائز نهی شده جنسی، خود واپس زده و ناخودآگاه اند و علاوه بر آن «ایگو» خود از «اید» سرچشمه گرفته و در واقع بخش رشد کرده و مشخص شده از اید است، هر چند اگر بعد ها تحت نفوذ سوپر ایگو با آن در تضاد قرار میگیرد. اگر کسی فروید را صحیح درک کند اینطور نتیجه خواهد گرفت که آنچه در نوزاد است لزوماً «اید» و یا ناخودآگاه نمی باشد و بلوغ به مفهوم ایگو و یا سوپر ایگو نیست. آنچه را در بالا نگاشتم به منظور روشن کردن تناقض در تئوری روانکاوی بود و قصد بحث یا نتیجه گیری در این مورد را ندارم. من ترجیح می دهم که بحث در این قسمت ها را به عهده تئوریسین های روانکاوی بگذارم. معیناً تحقیقات اکونومی جنسی در مورد ساختار شخصیت انسان به تعدادی از این سوالات پاسخ داده است. از نقطه نظر اقتصاد جنسی، دستگاه روانی دارای ماهیتی بیولوژیکی است نه روانی.

از برای کار بالینی، ابتدا بین آنچه واپس زده شده و آنچه میتواند به خودآگاه راه یابد اهمیتی مهم یافت. همچنین افتراق بین مراحل مختلف رشد جنسی کودک اهمیت یافت. دانش به این مسائل از نظر درمان بالینی بیچاران مهم و قابل

استفاده بود. ولی بر عکس امکان کاربرد برداشت هائی مانند «اید» که برداشتی فرضی و نامحسوس بود وجود نداشت. امکان کاربرد سوپر ایگو نیز که تصویری فرضی بود امکان نداشت. همچنین کار کردن با ناخودآگاه به معنی واقعی آن ناممکن بود زیرا فروید به درستی به این موضوع اشاره کرده بود که دسترسی به ناخودآگاه فقط از طریق مشتقات و تظاهرات آن ممکن است. یعنی تظاهرات و مشتقاتی که در خودآگاه ظاهر می گردد. برای فروید ناخودآگاه هرگز چیزی بیش از فرضیه واجب و اجتناب ناپذیر نبود. تظاهرات تنهاى ماقبل تناسلى و شکلهای مختلف اخلاقی و یا ترس که باعث جلوگیری از تظاهرات خواستههای غریزی می گشت از جمله مواردی بود که به سهولت قابل درک بود. اینکه روانکاوان ناخودآگاه را طوری تلقی کردند که گوئی چیزی است دیدنی و چشیدنی، به مقدار زیاد باعث گمراهی گردید. این مانند سدی در مقابل تحقیقات در مورد ماهیت نباتی «وجییتیویو» اید عمل کرده و نتیجتاً مانع تقرب به ماهیت بیولوژیکی روان می گشت.

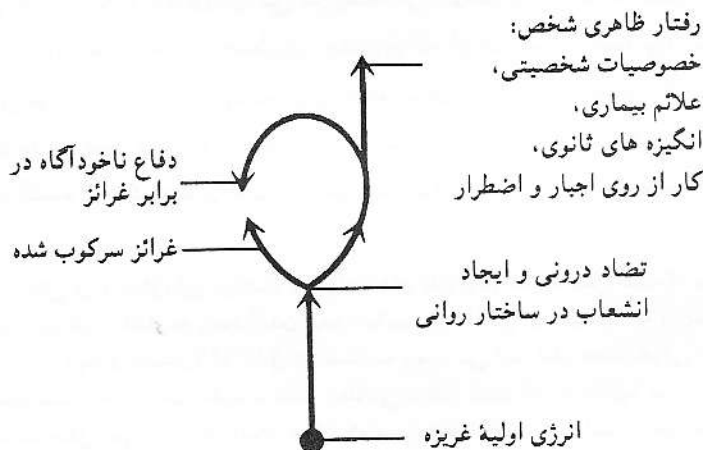
درک من از لایه های مختلف روانی از تحقیق در مورد مرد جوانی که شرح آنرا قبلاً توضیح داده ام شروع شد. مرد جوان از علائم هیستری و ناتوانی در کار کردن و خودداری و ریاضت جنسی رنج می برد. او در ظاهر شخصی بسیار مؤدب بود، در نهان به علت خئف، حيله گر و مودى بود. از این رو همواره با هر چیزی به ظاهر موافقت میکرد و به آن تن در میداد. نزاکت بیش از حد او نمایانگر سطحی ترین لایه ساختار روحی او بود. در ضمن روانکاوای او مطالب زیادی را بروز میداد که مربوط به وابستگی شدید او به مادرش بود. او این مطالب را به وفور و بدون داشتن اعتقاد درونی ابراز میکرد. من توجهی به این مطالب نداشتم و مرتباً توجه او را به نزاکت بیش از حدش جلب میکردم که به مثابه مکانیزمی دفاعی و گریز از احساسات و عواطف نهانی او بود. نفرت پنهان شده او بیشتر و بیشتر در خوابهای او ظهور کرد. به موازات تخفیف حالت

مؤدبانه اش رفتاری موهن پدیدار شد. ادب او پوششی بود بر نفرت. من این نفرت را با شکستن همه عوامل بازدارنده از مخفی گاه بیرون آوردم. از سوئی نفرت و ادب دو نیروی متضاد (آنتی تز) * یکدیگر بودند و از سوی دیگر ادب بیش از حد او نمایانگر خشم و نفرت او بود در لباسی مبدل. افرادی که به طور افراطی مؤدب اند معمولاً بی رحم ترین آنان اند.

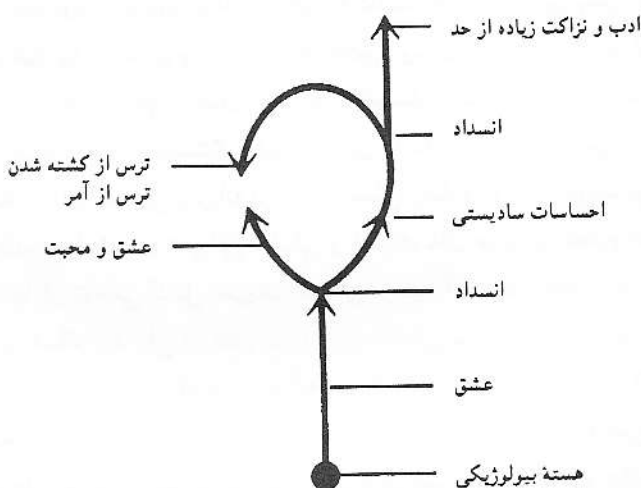
این خشم و نفرت آزاد شده به نوبه خود مخفی کننده وحشت او از پدر بود. به عبارت دیگر نفرت در این شخص در آن واحد هم انگیزه سرکوب شده بود و هم فرایند دفاعی، ناخودآگاه بود که بر ضد اضطراب و وحشت افراشته شده بود. هر چه نفرت و خشم او بیشتر افشاء میشد علائم اضطراب او نیز به همان نسبت آشکارتر میشد. این نفرت به اضطرابی جدید راه گشود. این نفرت، پوشاننده خشم اولیه او که از دوران کودکی سرچشمه می گرفت نبود بلکه ساختار جدیدی بود از دوره های بعدی. اضطراب جدیدی که اینک ظاهر شده بود مکانیزم دفاعی بود بر علیه لایه مهلک تر و عمیق تری از نفرت و غضب. لایه سطحی نفرت به بی قدر کردن و تمسخر بسنده میکرد در حالیکه لایه مهلک و عمیقتر نفرت آکنده از انگیزه های قتال بر علیه پدر بود. هر چه ترس و وحشت از این

* تز و آنتی تز و سنتز: این برداشت از گزارده های تئوری دیالکتیک هگل است که مطابق آن هر ایده ای «تز» باعث به وجود آمدن ایده مخالف خود (آنتی تز) میشود که از تحلیل این تضاد، ایده دیگری (سنتز) که کامل تر است به وجود می آید. امام محمّد غزالی در کتاب «کیمیای سعادت» در باب حقیقت تفکر مطالبی نوشته است که به نظریه تز و آنتی تز دیالکتیک هگل بسیار نزدیک است: «بدان که معنی تفکر، طلب علم است و هر علم که از بدیهه معلوم نبوده وی را طلب باید کرد و آن ممکن نیست الا بدانکه دو معرفت دیگر را با یکدیگر جمع کنی و میان ایشان تالیف کنی تا جفت گیرند و از میان آن دو معرفت، سیمی تولد کند چنانکه میان زر و ماده بچه تولد کند، آن دو معرفت چون دو اصل باشند این معرفت سیم را، آنگاه با دیگری جمع کند تا از وی چهارمی پدید آید، همچنین تناسل علوم بی نهایت می افزاید...».

انگیزه ها کمتر میشد، انگیزه های مخرب عمیق در احساسات و فانتزی های او نمایان تر می گشت. بنابراین، این لایه خشم و نفرت مهلک و مخرب عمیق، به وسیله اضطراب سرکوب شده و پنهان مانده بود. آشکار کردن این حالت بدون ایجاد اضطراب امکان نداشت و آشکار کردن وحشت او از خشم ویرانگر خود بدون فاش شدن خشم و غضب ویران کننده او، شدنی نبود. از این طریق من به ماهیت تظاهر اضداد و جمع آن بین آنچه مخفی شده و آنچه آنرا مخفی کرده بود پی بردم. من در آن موقع چیزی در این مورد منتشر نکردم ولی هشت سال بعد حاصل تجربیاتم را در این مورد به صورت نمودار زیر توضیح دادم.



نمودار نمایانگر وحدت عملکرد غرائز و نیروهای دفاعی (آنتی تز) که غرائز را سرکوب کرده اند.



نمودار مشابه به نمودار قبلی که نمایانگر انگیزه ها است.

انگیزه های قتال و مهلک بر علیه پدر نیز به نوبه خود مکانیزم دفاعی «ایگو» بود بر علیه هلاک شدن توسط پدر. با افشاء شدن این مکانیزم اضطراب های تناسلی نمایان شدند. از اینرو قصد نابود شدن و اخته شدن توسط پدر. وحشت از اخته شدن که توسط تنفر و خشم او از پدر واپس زده شده بود به نوبه خود مکانیزم دفاعی او بر علیه لایه عمیق تری از خشمی نابود کننده بود که به صورت خواست محروم کردن پدر از ذکر و محو کردن او به عنوان رقیب و دشمن نمایان می شد. لایه دوم نفرت و خشم منحصراً ویرانگر بود. لایه سوم، لایه ای ویرانگر آمیخته با احساس جنسی بود. این لایه نیز با وحشت و ترس از اخته شدن فرو نشانده شده بود. همچنین لایه سوم خود لایه عمیق تری را که حاوی حالتی زنانه

و مفعولی و عشق نسبت به پدر بود مخفی میکرد. زن بودن در مقابل پدر همان مفهوم اخته بودن، مفهوم نداشتن ذکر را داشت. از این رو این پسر بچه کوچک بایستی خود را از عشق به پدر توسط خشمی ویران کننده نسبت به او محافظت میکرد. او مردی سالم و جوان بود که احساسات مفعولی زنانه خود را از این طریق پوشانده بود. او وابستگی شدیدی نیز به مادرش داشت. وقتی این وابستگی ها و حالت های مفعولی و زنانه او که در سطح رفتاری او قابل رویت بود تجزیه و تحلیل شد، خواهشهای شهوانی تناسلی و فانتزی های عشق با محارم ظاهر گشت و همراه با آن توانائی کامل تحریک تناسلی بوجود آمد. هر چند او هنوز از نظر اورگاسم ناسالم بود ولی از نظر نعوذ آلت تناسلی برای اولین بار توانا شد. این نخستین موفقیت من در کاوش و تجزیه سیستماتیک و منظم و لایه به لایه مقاومت ها و شخصیت بود که به تفصیل آن را در کتاب «تحلیل شخصیت» شرح داده ام.

به علت ساختار شخصیت انسان امروزی همواره بین انگیزه های طبیعی و رفتار او تضادی درونی حاصل می شود و رفتار آدمی مولود آن «تضاد درونی» میگردد. انسان امروزی از درون بر علیه خود شکافته شده و شقه شده است.

برداشت زره شخصیتی و موانع لایه ای، فصل های جدیدی را برای درمان بالینی گشود. نیروهای روانی و تضاد آنها دیگر مفهومی گیج کننده و درهم نداشتند بلکه پدیده هائی بودند که هم از نظر تاریخی و هم از نظر ساختاری قابل درک بودند. نروز هر فرد بیمار ساختار مخصوص به خود را دارد و منعکس کننده پدید آئی و نمو شخصیت او در طول حیات اوست. آنچه که دیرتر سرکوب شده به سطح آگاهی نزدیک تر است. ولی تثبیت های اولیه کودکی (Early Infantile Fixations) که در تضادهای آینده مؤثر است بطور فعال در عمق و نیز در سطح همزمان با هم در کارند. مثلاً ممکن است که وابستگی های دهانی «اورال» زن به شوهرش که از تثبیت های عمیق کودکی به پستان مادر سرچشمه میگیرد، تشکیل دهنده سطحی ترین لایه ای باشد که در دفع اضطراب تناسلی او نسبت به

دیاگرام نمایانگر نیروهای دفاعی و لایه های ساختار نروز



شهرش به کار می رود. به عبارت دیگر، حالت های دفاعی ایگو چیزی جز انگیزه های سرکوب شده نیست که ملبس به لباس سرکوبگراند و این همان برخورد اخلاقی خشکی است که انسان امروزی به خود گرفته است. معمولاً ساختار نروز به طور معکوس مطابق با تکوین آن است. شناخت اتحاد اضداد به طور آنتی تز بین «نیروی انگیزه و نیروی دافع آن» فهم همزمان احساسات و تجربیات کنونی بیمار و تجربیات و احساسات اولیه کودکی را امکان پذیر ساخت. دوگانگی بین تجربیات کودکی و حالتهای کنونی از بین رفت. انبوه تجربیات و آزمونهای گذشته شخص در شخصیت کنونی او متبلور شده و در حالات و در طرز برخوردهای او و در شخصیت او منعکس میشود. خصوصیات شخصیتی، طرز برخورد، طرز رفتار و حرکات او جمع بندی کل تجربیات شخصی در طول زندگی است. این توضیحات ظاهراً نظری و «آکادمیک» برای درک و بازسازی شخصیت انسان اهمیتی بسزا دارند.

این طرح، الگویی من درآوردی نبود که آنرا به بیماران تحمیل کنم. برهان و منطقی بود که با تکیه بر آن لایه های مختلف دفاعی را افشاء و برطرف کرده بودم. این نظریه نشان داد که لایه های مختلف عواطف عملاً وجود دارند و موجودیت این لایه ها زائیدهٔ خیال و تصور من نیست بلکه مستقل از من وجود دارد. لایه های شخصیت را به لایه های رسوبی زمین تشبیه میکردم. این لایه ها متحجر و خشک شده، گویای تاریخ زندگی شخص است. تضادهائی که شخص در سنین مختلف با آنها در جنگ و جدل بوده است همواره رده های خود را در شخصیت او به جا می گذارند. این رده ها به صورت تحجر شخصیت خود را نشان می دهند. بیمار این رده های شخصیتی متحجر را به صورت خصوصیات نا آشنا و بیگانه نمی بیند ولی در اکثر موارد، او به این خشکی شخصیت آگاهی داشته و آنرا به صورت از دست دادن رفتار طبیعی احساس میکند. هر لایه ای از ساختار شخصیتی بخشی است از تاریخ زندگی او، حی و حاضر در زمان حال

ولی در لباسی مبدل. تجربه ثابت کرده است که عقده های قدیمی را میتوان تقریباً به سهولت با سست کردن این لایه های خشک شده فعال نمود. اگر تعداد لایه های خشک شده تضادها زیاد و متراکم باشد و به سهولت قابل نفوذ نباشند بیمار آنها را به صورت پوششی از زره بدور خود احساس میکند. این پوشش زرهی ممکن است در سطح یا در عمق باشد، همانند اسفنج نرم یا مانند سنگ خارا سخت باشد. در هر حال وظیفه آن حفاظت شخص از آزمونهای ناخوشایند است. در عین حال این حفاظت متضمن تقلیل توانائی شادی و لذت در شخصیت است. تضادهائی تند تشکیل دهنده ماهیت مخفی این پوشش زرهی است. نیروئی که این پوشش زرهی را قوام داده و سر پا نگاه میدارد نیروئی تخریب کننده و محبوس است. هنگامیکه نفوذ به داخل زره پوششی شخصیت به وقوع می پیوندد، این انرژی تخریبی با حالتی خشمناک شروع به خود نمائی می کند. منبع این خشم و نفرت چه بود؟ آیا منبع آن ذاتی و بیولوژیکی و پدیده ای اولیه بود؟ سالهایتمادی گذشت تا پاسخ این سئوالات پیدا شد.

من دریافتم که مردم با نفرتی عمیق به هرگونه اختلال در ساختار پوشش زرهی شخصیت بیمارگون خود عکس العمل نشان می دهند. این یکی از بزرگترین مشکلات تحقیق در ساختار شخصیت بود. قوه مخرب هرگز آزاد نبود بلکه پنهان و در گیر با خصوصیات دیگر شخصیتی بود. از اینرو در موقعیت های ضروری و واقعی زندگی وقتی قاطعیت و ایستادگی و موضع گیری و تهاجم لازم بود او با نزاکتی نامناسب و بیش از حد و با تقاضای ترحم و شکسته نفسی بیمار با موضوع برخورد میکرد. خلاصه آنکه با همه صفات مورد پسند جامعه می خواست مقبولیت داشته باشد. ولی شکی نمی توان داشت که این طرز برخورد توانائی هرگونه عکس العمل منطقی، زنده و فعال را در او فلج میکرد. خشونت و قاطعیتی نیز که بندرت از خود نشان میداد تنها بصورتی گسسته و بی جهت ظاهر میشد. این خشونت و پرخاش کتمان کننده حالت عدم اعتماد به نفس و یا

خودخواهی بیمارگون او بود. من اندک اندک موفق به درک نفرت نهانی بیماران گشتم. این نفرت هرگز غایب نبود. اگر روانکاو درگیر تسلسل افکار خشک و فاقد احساسات نمیشد و فقط به تعبیر خوابها بسنده نمیکرد و به زره دفاعی شخصیت که در حالتها و طرز برخورد بیمار نهان است حمله میکرد، خشم بیمار نمایان میشد. ابتدا من این عکس العمل را درک نمی کردم. بیمار از تپى بودن تجربیات خود سخن میگفت ولی وقتی من همین تپى بودن را در ماهیت روابط او، در سردی او، در دورنگی و حالت ریاکارانه او و در غلو کردن های او گوشزد میکردم او عصبانی میشد. او به علائمی مانند سردرد یا تیک* یا غیره آگاهی داشت، او میدانست که این علائم چیزی غیر عادی و خارج از طبیعت اوست. ولی شخصیت او شخص خود او بود. او وقتی عوارض شخصیت خود را میشنید آشفته میگشت. این چه بود که شخص را از دیدن و فهمیدن شخصیت خود باز می داشت؟ به تدریج من به این نتیجه رسیدم که تمام وجود شخص، جرم تراکمی را تشکیل میدهد که همه کوشش درمانی روانکاو را مسدود میکند. کل شخصیت بیمار در مقابل روانکاو مقاومت میکرد، ولی چرا؟ تنها توضیح این بود که این مقاومت وظیفه نهانی حفاظت و دفاع را انجام میداد. من با تئوری شخصیت «آدلر»** آشنا بودم. آیا مقدر چنین بود که من هم به راه او پیوسته و همراه شوم؟ من نکات عمده تئوری «آدلر» را مانند پافشاری در عقیده، احساس حقارت، میل به قدرت از برای جبران احساس حقارت، غرور پنهان کردن نقاط ضعف میدانستم. آیا استنباطات «آدلر» صحیح بود؟ بحث او این بود که شخصیت ونه «احساسات جنسی» منشاء بیماری روانی است. در اینصورت رابطه شخصیت و احساسات جنسی چه بود؟ من کوچکترین شکی در صحت تئوری نروژ فروید و نارسائی تئوری «آدلر» نداشتم.

* تیک: رجوع شود به پاورقی صفحه ۱۱۷

** آدلر: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۴

سالها طول کشید تا این مسائل برایم روشن شد. قوة تخریبی در بند شده و متصل به شخصیت چیزی جز خشم از برای محرومیت های زندگی و بالاخص محرومیت های جنسی نیست. هرگاه روانکاو مسائل را عمیقاً بررسی میکرد، هر انگیزه تخریب به انگیزه جنسی می انجامید. میل به تخریب چیزی جز عکس العمل شخص به محرومیت های عشقی و یا از دست دادن آن نیست.

اگر شخص با انبوهی از مشکلات در راه رسیدن به عشق و آزمون آن و یا رضایت خواسته های جنسی روبرو گردد، کینه و نفرت آغاز میشود. ولی این کینه و نفرت لاجرم باید در خفا باقی بماند زیرا بروز آن باعث اضطراب شدید میگردد. از اینرو محرومیت عشقی به اضطراب منتهی میشود، همچنان که خشم سرکوب شده نیز باعث اضطراب میگردد، و اضطراب نیز به نوبه خود از بروز عشق، خشم و نفرت جلوگیری مینماید. حال من دارای دانشی نظری از تجربه روانکاو بیماران و درک تحلیلی بیماری نروز بودم. مهم ترین نکات آن بصورت زیر بود: شخصی که از نظر اورگاسم ناراضی است، شخصیتی مصنوعی بهم میزند و از رفتار طبیعی و خود بخودی، از عکس العملهای طبیعی و واقعی میهراسد و از اینرو از احساسات نباتی «وجدیتیتو» خود نیز در وحشت است.

تقریباً همزمان با این، تئوریهائی در مورد غرائز خشم و تخریب به پیشاپیش تئوریهای روانکاو کشیده شد. در مقاله ای تحت عنوان «مازوشیسم اولیه»* (Primary Masochism)، فروید تغییر مهمی در طبقه بندی های قبلی خود بوجود آورد. قبلاً گفته میشد که نفرت و کینه همانند عشق، نیروئی غریزی و بیولوژیکی است و خشم و تخریب در ابتدا از درون به خارج جهت مییابد ولی بعداً در اثر فشارهای دنیای خارج، به سوی درون تغییر جهت داده و به صورت مازوشیسم (تمایل به رنج و درد) نمایان میگردد. حال با ارائه نظریه های جدید روانکاو

* مازوشیسم: رجوع شود به پاورقی صفحه ۹۸

اینطور به نظر میرسید که عکس این قاعده نیز صحیح باشد. مازوشیسم اولیه یا «گریزه مرگ» از ابتدا در موجود زنده برقرار است و ناگسستی از سلول است. بازتاب این گریزه درونی به دنیای خارج باعث ظهور خواسته های تخریبی میگردد، که این به نوبه خود ممکن است دوباره بر ضد شخص تغییر جهت داده و به صورت «مازوشیسم» ثانوی نمایان گردد. این نظریه در کار بود که برخوردهای منفی بیمار از مازوشیسم درونی او سرچشمه میگیرد. مطابق نظریه فروید مازوشیسم می توانست به عنوان عاملی در عکس العمل منفی درمانی و احساس گناه ناخودآگاه عمل کند. پس از چند سال توجه مخصوص به صور گوناگون انگیزه های تخریبی که باعث احساس گناه و افسردگی میگشت، بالاخره به اهمیت آن در پوشش زهری شخصیت و رکود جنسی واقف شدم.

پس از اخذ اجازه از فروید، برای نگاشتن کتابی در مورد تکنیک روانکاوی بطور جدی به تفکر پرداختم. در این کتاب ناچار بودم موضعی روشن در مورد «انگیزه تخریب» اتخاذ کنم. در همان هنگام «فرزنی» با «آدلر» به مخالفت برخاسته بود و در مقاله ای به نام «تکمیل و توسعه تکنیک فعال» چنین گفته بود: «تحلیل شخصیت هرگز نقش اساسی در تکنیک ما نداشته است»، فقط در پایان درمان «قدری اهمیت مییابد». «شخصیت تنها وقتی حائز اهمیت میگردد که رده های غیرطبیعی و جنون وار (شبهه به پسیکوز) سیر طبیعی روانکاوی را مختل نماید». در این جملات او بطور صریح طرز فکر روانکاوان را در نقش شخصیت در روانکاوی بیان کرده است. در آن زمان من مشغول تحقیقات در مورد تحلیل شخصیت بودم. «آدلر» حامی تحلیل شخصیت بود ولی ارتباط آنرا به مسائل جنسی قبول نداشت. اعتقاد من این بود که درمان واقعی وقتی امکان پذیر است که زمینه و اساس بیماری که در شخصیت بیمار ریشه دارد از بین برود. تفاوت تکنیک من با تکنیک پیشنهادی «آدلر» در آن بود که من آنالیز شخصیت را از طریق تحلیل رفتار و عادات جنسی بیمار صحیح میدانستم در حالیکه آدلر تحلیل مسائل جنسی

بیمار را مفایر تحلیل شخصیت میدانست و تحلیل شخصیت را بطور مستقل مطرح میکرد. وجه مشترکی بین برداشت من از پوشش زرهی شخصیت و برداشت آدلر از رده های شخصیتی فردی وجود نداشت. هرگونه اشاره به آدلر در بحث تئوری اکونومی جنسی و ساختار شخصیت نمایانگر سوء تفاهمی فاحش است. کمبودهای شخصیتی مانند عقده خودکم بینی و یا میل به قدرت تنها تظاهر سطحی فرایند پوشش زرهی به مفهوم بیولوژیکی آن و سرکوب فعالیت های حیاتی آن است.

در کتاب Der Triebhafte Charakter (۱۹۲۵) بر اساس تجربه با بیماران عصبی (Impulsive Character)* از حیطة تجزیه و تحلیل علائم (سمپتوم ها) به آنالیز شخصیت تغییرجهت دادم. این حرکتی معقول بود، ولی برای به ثمر رساندن آن من در آن وقت فاقد دانش کافی کلینیکی و تکنیکی بودم. از این رو به تئوری ایگو و سوپرایگو رو آوردم. ولی تکنیک تحلیل شخصیت را نمی توان با مفاهیم کمکی روانکاوی به ثمر رساند. از این رو لازم بود که تئوری ای از ساختار روانی انسان مبنی بر طرز کار آن با دلائل بیولوژیکی ارائه میشد.

تجربیات کلینیکی من در این مقطع زمانی به وضوح مبین این بود که هدف درمان برقرار کردن توانائی رضایت کامل جنسی است. من این هدف را می دانستم ولی فقط در تعداد معدودی از بیماران به نتیجه می رسیدم. در عین حال هیچگونه ایده ای درباره روش و تکنیکی که مرا قادر به رسیدن به این هدف کند نداشتیم. در واقع هرچه اعتقاد من به این هدف راسخ تر میشد به همان نسبت آگاهی من به کمبود مهارت در تکنیک بیشتر میگردد. بجای کم شدن فاصله بین هدف و توانائی در رسیدن به این هدف، این فاصله بیشتر و بیشتر میگردد.

* شخصیت عصبی (Impulsive Character): رجوع شود به پاورقی صفحه ۹۶